

**Dr. med. Stefan Freermann**

*Arzt für Allgemeinmedizin*

*Arzt für Thoraxchirurgie*

*Manuelle Medizin / Chirotherapie (MWE)*

*Ärztliche osteopathische Verfahren (DAAO)*

*Psychosomatische Grundversorgung*

*Ernährungsbeauftragter Arzt (DGEM)*

Praxis für Allgemeinmedizin

Droste-Twickel-Str. 3

48477 Hörstel-Bevergern

05459-9300

[www.hausarzt-bevergern.de](http://www.hausarzt-bevergern.de)

**Fragebogen**

Name : \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre

Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Wurden bereits Therapien wegen Ihrer/Deiner Beschwerden durchgeführt?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gab es dabei Probleme?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Traten bei Blutsverwandten (vor allem Eltern, deren Geschwister, Großeltern, Nichten/Neffen) Zwischenfälle im Zusammenhang mit einer manualmedizinischen / osteopathischen Behandlung auf?

Ja / Nein

Leiden Sie unter akuten Nacken- oder Hinterkopfschmerzen ohne erkennbare Ursache, verbunden mit einem ein oder doppelseitigen Rissgefühl im Nackenbereich?

Treten diese Schmerzen im Zusammenhang (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?

Ja / Nein

Treten Hörgeräusche im Zusammenhang (zeitgleich) mit dem Pulsschlag auf?

Ja / Nein

Hatten Sie in den letzten Tagen oder Wochen flüchtige Lähmungserscheinungen (z.B. an Armen, Händen, Beinen, Füße, Zunge)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Sehstörungen (plötzlich auftretende Doppelbilder)

Ja / Nein

Leiden oder litten Sie an Schluckstörungen?

Ja / Nein

Traten bei Blutsverwandten gehäuft Schlaganfälle auf?

Ja / Nein

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja / Nein

Wennja, welche: \_\_\_\_\_

Treiben Sie Sport?

Ja / Nein

Wenn ja, welchen: \_\_\_\_\_

Bestehen oder bestanden folgende Erkrankung/en oder Anzeichen der Erkrankung?

Herz-/Kreislaufsystem (Herzschmerzen, Rhythmusstörungen, hoher Blutdruck,  
Atemnot bei Belastung o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gefäße (Krampfadern, Thrombosen, Durchblutungsstörungen o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Atemwege/Lunge (Bronchitis, Asthma o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen (Zuckerkrankheit, Gicht o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Blut (häufig Nasenbluten, Gerinnungsstörungen o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Schilddrüse (Unter- oder Überfunktion o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Nerven (Krampfleiden, Lähmungen o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Allergie/Überempfindlichkeit (Heuschnupfen, Nahrungsmittel, Medikamente o.ä.)?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Andere Erkrankungen?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gab es bei Ihnen größere Unfälle oder Operationen?

Ja / Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_